POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Czerwiec.	ROCZNIK TRZYNASTY.	1911.

I. PRACE ORYGINALNE.

Krytyczna ocena tymczasowej blefarotomii i o mechanizmie jej działania.

Napisał

Radca Dr TEODOR BAŁŁABAN.

Od czasu, gdy v. Ammon[2] polecił blefarotomię t. j. przecięcie powiek jako środek leczniczy przy stulejce powiek, wykonywano ten zabieg bardzo często tak przy blefarofimozie, jako też przy podwinięciu powiek (Ware, Wardrop). Następnie celem zmniejszenia ciśnienia śródocznego polecał v. Graefe[3] ten rękoczyn przy śluzoropotoku, a dawniejsi oftalmologowie robili dość częsty z niego użytek.

W ostatnich dziesiątkach lat zaniedbano i to bardzo niesłusznie stosowania małej tej operacyi, a dopiero w ostatnich czasach spotykamy kilka ogłoszeń, które wykazują jej skuteczność.

Ponieważ od długiego czasu stosuję ten zabieg z bardzo dobrym skutkiem w licznych przypadkach różnych schorzeń, to pozwalam sobie przedstawić wyniki, jakie nim osiągnąłem.

Blefarotomię zalecano szczególnie przy śluzoropotoku spojówki, jakoteż przy ciężkich postaciach zapalenia spojówek u dorosłych, i to szczególnie, gdy cierpienia te były powikłane zmianami na rogówce. Najczęściej zaś stosowano ją przy pryszczykowem zapaleniu gałki ocznej u dzieci *(keratitis et conjunctivitis eczematosa)* i to szczególnie w przypadkach. które były powikłane skurczem powiek.

Podczas gdy największa ilość nowszych autorów ograniczała się w stosowaniu tego zabiegu do przypadków pryszczykowego zapalenia gałki ocznej powikłanych skurczem powiek, w przypadkach zaś śluzoropotoku używano go tylko wyjątkowo, żądali inni autorowie, jak np. Duncan Lawrie[6], aby operacyę tę wykonywać we wszystkich przypadkach śluzoropotoku noworodków.

Jeżeli przedewszystkiem zajmiemy się sprawą wskazania stosowania tej operacyi przy śluzoropotoku noworodków, to mam przekonanie, że chyba tylko w wyjątkowych przypadkach tego cierpienia należy jej używać. Ustalone i znane ogólnie leczenie, polegające na przemywaniu worka spojówkowego nadmanganianem potasu i stosowaniu jakiejś soli srebra, najlepiej 1% rozczynu azotanu srebra wystarcza najzupełniej do opanowania tego procesu chorobowego, a jeżeli leczenie jest stosowanem jeszcze przed wystąpieniem powikłań ze strony rogówki, to da się ich pojawieniu tem leczeniem stanowczo zapobiedz.

Inaczej ma się rzecz ze stosowaniem tego zabiegu przy skurczu powiek, powstałym u dzieci w następstwie lub w czasie trwania pryszczykowego zapalenia rogówki. Opierając się na własnem, znacznem doświadczeniu, mogę z małem ograniczeniem przyznać słuszność Schultz-Zehdenowi[7] w tym kierunku, że częstokroć daje się widzieć, jak trwający od tygodni skurcz powiek ustępuje nagle po zastosowaniu blefarotomii. Nie mogę jednak zgodzić się z zapatrywaniem Sz. autora, że operacya ta zapobiega stanowczo ponowieniu się nawrotów cierpienia podstawowego, a zatem zmian zapalnych na rogówce. Także wynik jej i co do skurczu powiekowego

nie zawsze jest pewnym, gdyż zdarzają się przypadki, które i po przedsiębraniu blefarotomii zachowują się całkiem lub częściowo opornie.

Z przyczyn, które poniżej zaraz wyłuszczę, nie przedsiębrałem nigdy i to zasadniczo, blefarotomii trwałej, a raczej posługiwałem się zawsze tylko blefarotomią tymczasową.

Nasuwa się obecnie pytanie, kiedy należy stosować blefarotomię?

Mojem zdaniem jest ona wskazaną przy pryszczykowem zapaleniu rogówki wówczas, gdy zapalenie to już usuniętem zostało środkami leczniczemi. a pozostał tylko silny skurcz powiek, który innymi sposobami usunąć się nie daje. Także w przypadkach, w których po licznych nawrotach pryszczykowego zapalenia pozostała łuszczka, nie dająca się usunąć innymi środkami, a która to łuszczka powoduje skurcz powiek i silne zadraźnienie gałki ocznej. W podobnych przypadkach widziałem niejednokrotnie, że w przeciągu 24 godzin operacya ta usuwała nie tylko skurcz powiek, ale znikały bardzo rychło objawy zadraźnienia gałki ocznej.

Mojem zdaniem blefarotomia tymczasowa jest całkiem wystarczającą. Blefarotomia trwała o tyle nie jest wskazaną, że powoduje każdorazowo oszpecenie i zniekształcenie szpary powiekowej, a prócz tego, jeżeli się zgodzimy na mój sposób wytłumaczenia działania blefarotomii, nie daje żadnych korzyści większych od blefarotomii tymczasowej.

Przekonałem się, że zwykła pozioma blefarotomia tylko w nielicznych i to najcięższych przypadkach skurczu powiekowego przy *keratitis eczematosa* nie daje należytego wyniku, a prócz tego jest techniczne jej wykonanie bardzo utrudnionem. Tutaj należą te przypadki, w których pojawia się bardzo silny wyprysk skóry powiekowej i długotrwałe a recydywujące zapalenie rogówki, znaczny obrzęk powiek, a skóra zewnętrznego spoidła *(Commissura exterior)* powiek przy biernem otwieraniu szpary powiekowej jest po nad zewnętrznym kącikiem powiekowym pieńkowato zgrubiałą. Nie chcąc robić

zbyt wielkiej ranki w skórze jest bardzo utrudnionem w tych przypadkach osiągnąć przedłużenie szpary powiekowej, tembardziej, że i doświadczenie uczy, że wynik blefarotomii, zrobionej w tych warunkach, jest bardzo znikomy. W tych nielicznych przypadkach jest zatem wskazanem zrobić blefarotomię ukośną, jak to wskazał Stellwag[4]. Jeżeli wykona się ją dokładnie t. j. jeżeli podsunie się nożyczki bezpośrednio pod kącik zewnętrzny powiek, to po zabliźnieniu, nie pozostaje na brzegu powiekowym nigdy szpara lub jakiś ubytek w skórze, a cienka blizna znika całkowicie częstokroć już po upływie kilku tygodni.

Co się tyczy leczenia następowego, to pozwalam sobie zauważyć, że mała ta ranka wygaja się zazwyczaj w kilku dniach. Tylko w wspomnianych powyżej przypadkach, w których obrzęk powiek jest znaczniejszym, spostrzegałem czasem, że ranka była przez dłuższy czas pokrytą naciekiem włóknikowym, w następstwie czego pozostawała grubsza blizna. Jeżeli skutek takiej blefarotomii nie jest w pierwszym dniu należytym, to należy w następnych dniach rankę, która rychło zarasta, przez rozdarcie odnawiać. Tutaj muszę jednak zauważyć, że w przypadkach, w których skutek nie występuje natychmiastowo, odnawianie ranki pozostaje niejednokrotnie także bez skutku.

Co się tyczy w końcu sposobu działania, a zatem mechanizmu działania tej operacyi, to muszę nadmienić, co następuje:

Jak to już Czermak w swojej książce operacyjnej podnosi, nie podlega wątpliwości, że wskutek poziomej blefarotomii zmniejsza się napięcie włókienek w przegrodzie oczodołowej i nasilenie ucisku mięśnia okrężnego a temsamem zmniejsza się ucisk powiek na gałkę oczną. Tej to właśnie okoliczności przypisuje on korzystne działanie blefarotomii. Mojem zdaniem korzystne to działanie nie polega jednak jedynie na zwolnieniu tego napięcia. Wychodząc z założenia, że nie sam tylko ucisk na powieki, zwarte silnie przez skurcz mięśnia jest przyczyną niekorzystnego wpływu na gałkę

oczną, przychylam się raczej do zdania Stellwaga, że bardzo ważną rolę przy blefarotomii odgrywa zmiejszenie się ucisku krwi w naczyniach. Mojem zdaniem, sposób działania blefarotomii, przedstawia się zupełnie inaczej, aniżeli dotychczas to tłumaczono.

A mianowicie, zdaje mi się, że wskutek ucisku powiek powstaje w naczyniach spojówki bardzo znaczna zastoina żylna. Widzimy bowiem, że we wszystkich przypadkach silnego skurczu powiekowego żyły powiekowe silnie się zarysowują. Wskutek blefarotomii zmniejsza się ciśnienie krwi w naczyniach przynajmniej na kilka godzin, usunięcie skurczu powiekowego sprowadza prawidłowe warunki krążenia w naczyniach powiekowych, a tem samem i w naczyniach spojówki. Te właśnie czynniki zdają mi się być miarodajnymi w działaniu blefarotomii i tem się da wytłumaczyć moje zapatrywanie, że blefarotomia trwała nie daje żadnych większych korzyści od blefarotomii przejściowej.

Przy pryszczykowem i jaglicowem zapaleniu rogówki polecał Mulder[9] wycięcie wiązek mięśnia okrężnego w całej rozciągłości powieki, a zabieg ten, który nazwał *Blepharosphincterectomia* polecał przy skurczu powiek. Pod tym względem nie mam własnych doświadczeń, zdaje mi się jednak, że rękoczyn ten nie ma żadnego zasadniczego znaczenia.

Pes[8] znowu opisywał wycięcie zewnętrznej gałęzi nerwu nosowego, pochodzącego od nerwu trójdzielnego, przyczem podwiązywał równocześnie mięsień czołowy pętlicowym szwem metalowym. Następnie Huter-Schlösser[14] zalecali głębokie zastrzykiwania alkoholowe w pień nerwu twarzowego, dalej Mirto[14] wycięcie 15 mm długiego kawałka gałązki *r. ophtalmicus* nerwu trójdzielnego, w końcu Abadie i Cuneo[10], a także i Spéville[11], opisywali utworzenie zespolenia t. j. anastomozy pomiędzy jednym z nerwów rdzeniowych a pomiędzy nerwem twarzowym. Ostatni ten zabieg nie leży już właściwie w granicach oftalmologii a osobiście nie mogę tembardziej podjąć się krytyki jego, gdyż ilość spostrzeżeń

w tym kierunku ogranicza się tylko na ogłoszeniach wspomnianych autorów.

Literatura.

1. Ettinger J. Über die Verwendung der Lidspaltenerweiterung der Kinder. Centralblatt f. Kinderheilk. 1399. p. 3. i p. 519.
2. v. Ammon. Zeitschrift f. Augenheilk. und Chirurgie 1839. II. p. 140.
3. v. Graefe. Arch, für Ophthalm. III. IV. u. X.
4. Stellwag. Die Ophthalmologie vom naturwissenschaftlichen Standpunkte aus 1853.
5. Himly. Die Krankheiten und Missbildungen des menschlichen Auges und deren Heilung. Bd. I. p. 135. Berlin 1843.
6. Duncan-Lawrie. Treatement of ophthalmia neonatorum. Brit. med. Journ. 1909. 6. März.
7. Schultz-Zehden. Zur operativen Behandlung der rezidivirenden phlyctänulösen Bindehautentzündung. Mediz. Klinik 1909. nr. 52. p. 1966.
8. Pes. Chirurgische Kur des essent. Blepharospasmus (Centralblatt 1895. p. 470).
9. Mulder. Blepharo-sphincterectomie.
10. Abadie u. Cunéo. Behandlung des schweren Blepharospasmus durch eine spinofaciale Anastomose. Archiv d'Ophthalm. 1905 Avril.
11. Spéville de. 2 Fälle von Blepharospasmus auf 2 verschiedene Methoden geheilt. La Clinique ophthalmol. 1906. nr 9.
12. Mirto. Corticaler Ursprung des Blepharospasmus. La Clinica oculilistica 1908 Juni.
13. Mellinger. Subcutane Strychnininjectionen. Centralblatt f. Augenheilk. 1900. p. 215.
14. Tiefe Alkoholinjectionen etc.:
    Valude. Centralblatt 1906. p. 127. u. 1908. p. 215.
    Schlösser. Heidelberg 21. Versammlung pag. 84.
    Fumagalli. Centralblatt 1909. p. 435.
    Mirto. Centralbłat 1908. p. 390.
    de Spéville. Centralblatt 1906. p. 308.

II. STRESZCZENIA.

Ophthalmology. R. 1911. Vol. VII. nr 3. (Referent K. W. Majewski).

Jaskra rozpoczynająca się, jej rozpoznanie i leczenie. (Incipient Glaucoma, its Diagnosis and Treatment). Alison Bradburne — Southport.

Artykuł ten zawiera elementarny opis objawów i przebiegu klinicznego jaskry, oraz zmian anatomicznych, jakie choroba ta wywołuje w oku. Trudno istotnie zrozumieć, jakim sposobem rzecz niezawierająca ani jednej oryginalnej myśli mogła znaleźć pomieszczenie na naczelnem miejscu w poważnym fachowym kwartalniku okulistycznym. Aby należycie scharakteryzować artykuł ten, który zasługuje raczej na miano popularnego wykładu, a nie oryginalnej pracy okulistycznej, wystarczy wspomnieć, że między innemi, autor poucza czytelnika, z jakich części składa się gałka oczna, że naczyniówka jest błoną, która się rozpościera między twardówką a siatkówką i t. p. Omawiając leczenie operacyjne jaskry zaleca autor zamiast typowej irydektomii wycinanie małego kawałka tęczówki na skrajnym obwodzie, zabieg zresztą już znany, który pozostawia oku prawidłową i ruchomą źrenicę, a otwiera drogi odpływowe w tym samym stopniu, jak całkowita dobrzeżna irydektomia.

Trepanacya twardówki jako zabieg operacyjny przeciw jaskrze. (The Operation of Simple Trephining of the Sclera for the Relief of Glaucoma). Elliot — Madras.

Dla przypadków jaskry niezapalnej uznano już dziś powszechnie jako konieczny warunek skuteczności zabiegu operacyjnego, wytworzenie blizny przesączającej. Jednym z najlepszych sposobów stworzenia stałej i otwartej drogi dla odpływu cieczy wśródocznej jest trepanacya twardówki w okolicy obwodowego kąta przedniej komory. Od sierpnia r. 1909, wykonał autor w rządowym szpitalu okulistycznym w Madras 260 takich operacyi. Technika wykonywanego przez autora zabiegu jest następująca: Po należytem znieczuleniu oka kokainą, a wyjątkowo tylko w uśpieniu chloroformowem, wycina on najpierw w spojówce gałkowej trójkątny płat powyżej rogówki, szeroką podstawą trójkąta do rogówki zwrócony. Po dokładnem oddzieleniu płata tego od podstawy, aż po sam rąbek rogówki odwraca go rozkładając i rozścielając

na rogówce. Do odsłoniętej w ten sposób twardówki, w pasie należącym do przedniej komory, przykłada następnie trepan i puszcza takowy w ruch w ten sposób, aby wykroić w całej grubości twardówki krążek, bez jakiegokolwiek uszkodzenia innych głębszych części oka. Ważną jest rzeczą, aby ruch trepana zatrzymać natychmiast, skoro tylko przednia komora została otwarta. Chwilę tę oznacza wytryśnięcie cieczy wodnej dookoła korony trepana, pojawienie się krwi w przedniej komorze, pewnego rodzaju uczucie, jakby działania ssącego, udzielającego się wrażliwej ręce operatora, trzymającej trepan, wreszcie częstokroć drgnięcie chorego, który zazwyczaj w chwili dokonanego przewiercenia twardówki uczuwa wyraźny, choć niezbyt dotkliwy ból. Początkującym nieraz się przydarza, że po odjęciu trefiny wycięty krążek twardówki trzyma się jeszcze na kilku włóknach zazwyczaj od strony rogówki. Wtedy należy do przecięcia tych włókien użyć nożyczek tęczówkowych. Dwakroć zdarzyło się autorowi, że wycięty krążek, zamiast pozostać w trefinie, wpadł do przedniej komory i musiał być stamtąd nie bez trudu wydobywany zapomocą szczypczyków, ostrych haczyków i przez wypłukiwanie przedniej komory zapomocą irrygatora M a c K e o w n a. W obu tych przypadkach użyto zbyt małego trepanu o średnicy 1 mm. Autor przekonał się, że i ze względu na możliwość uwięźnięcia tęczówki, która wąski otwór łatwiej w całości zatyka, tak małe trepany nie są praktyczne. Najlepiej operować trefinami średniej wielkości o średnicy 1·5—2 mm. W razie wypadnięcia tęczówki przez wytrepanowany otwór w twardówce, należy na początek naciąć ją tylko w kierunku włókien promienistych i pozwolić przez ten otwór wypłynąć cieczy wodnej. Niejednokrotnie zabieg taki wystarcza, aby tęczówka wróciła na swoje miejsce, zwłaszcza przy równoczesnem zapuszczeniu ezeryny lub pilokarpiny. O ile możności należy unikać chwytania szczypczykami uwięzłej tęczówki i wyciągania jej na zewnątrz w celu odcięcia, gdyż wtedy ramiona jej zatrzymują się w otworze twardówkowym i trudno je do przedniej komory odprowadzić. Autor zaleca przedewszystkiem trepanacyę twardówki prostą i tylko w ostateczności wykonuje dodatkową irydektomię. Jeżeli po trepanacyi źrenica jest nieco ku górze przesunięta, a także, jeżeli do cieczy wodnej dostało się trochę krwi, wtedy przepłukuje przednią komorę zapomocą irrygatora M a c K e o w n a, przez co i tęczówka należycie się wygładza. Na zakończenie operacyi przykrywa się otwór trepanacyjny wykrojonym z początku płatem spojówkowym, którego przyszywać nie potrzeba. W kilku przypadkach jednak założył autor szwy dopiero nazajutrz po operacyi, gdy przy pierwszej zmianie opatrunku znalazł płat zesunięty i zmarszczony.

Opisana operacya stwarza już nie bliznę, ale wprost kanał filtracyjny, który ma znakomicie usuwać wzmożenie parcia wśródocznego, stale zapewniając odpływ wśródocznej cieczy. Autor wykonywał trepanacyę taką we wszelkich przypadkach jaskry, tak ostrej i podostrej, jak zwłaszcza przewlekłej niezapalnej, gdzie irydektomia z reguły nie wystarcza. Wprawdzie obserwacya przypadków operowanych dotąd jeszcze nie jest zbyt długa, bo od najdawniejszych trepanacyi nie upłynęły jeszcze nawet dwa lata, ale dotychczas utrzymująca się poprawa u tych chorych, którzy się do powtórnego badania zgłosili, zdaje się dobrze wróżyć na przyszłość.

Wzmożone parcie tętnicze w związku z chorobowemi zmianami w oczach. (Arterial Hypertension and its Relation to Morbid Changes in thy Eye). Luther C. Peter — Filadelfia.

Autor wykonał w 104 przypadkach różnych zmian na dnie oka bądźto kiłowych, bądź miażdżycowych, lub na tle białkomoczu szczegółowe pomiary ciśnienia krwi w tętnicy sprychowej. Dla ujednostajnienia wyników badał zawsze chorego w pozycyi siedzącej z ręką wzniesioną do wysokości serca i zapisywał wyłącznie ciśnienie odpowiadające skurczowi serca. W dziesięciu przypadkach *neuroretinitis syphilitica* średnie ciśnienie wynosiło 132 mm Hg. W 20-u przypadkach *retinitis* 165 mm Hg. W 50-u przypadkach *neuroretinttis* 185 mm Hg. W trzech przypadkach *retinitis albuminurica* 190 mm. W 6-ciu przypadkach *retinitis haemorrhagica* 205 mm, a w 6-u przypadkach *papillitis* 225 mm Hg. Wyniki swych poszukiwań doświadczalnych i statystycznych streszcza autor w następujących wnioskach:

1) Wzmożenie parcia tętniczego jest główną przyczyną zmian na dnie oczu spostrzeganych w przewlekłem zapaleniu miąższowem nerek i ogólnej miażdżycy tętnic.

2) Podobne zmiany w siatkówce mogą, przy równoczesnem wzmożeniu parcia tętniczego, wystąpić w oczach, zanim pojawią się inne oznaki pozwalające rozpoznać przewlekłe zmiany chorobowe w nerkach, lub w układzie tętniczym.

3) Wygórowane ciśnienie wśródtętnicze powoduje często wynaczynienia podspojówkowe i pozostaje w tak ścisłym związku z jaskrą, że musi być uważane za jeden z głównych czynników etyologicznych tej choroby.

4) Wzmożone parcie tętnicze jest, zdaje sie, czynnikiem wywołującym wypierający krwotok naczyniówkowy po operacyach zaćmy.

5) Aby mieć możność zapobiegania ciężkim powikłaniom

ocznym i racyonalnego leczenia tychże należałoby przeprowadzić, w celu bliższego wyjaśnienia istniejących w tym względzie stosunków, szczegółowe pomiary ciśnienia wśródtętniczego we wszystkich przypadkach zmian ocznych wśródgałkowych z pominięciem przypadków zmian urazowych.

Gruźlica oczna i jej leczenie. (Eye Tuberculosis and its Treatment). Windbiel — Amsterdam.

Krótkie streszczenie dotychczasowych naszych wiadomości o gruźlicy oka i przydatków i opis najczęstszych postaci klinicznych, w jakich gruźlica na oku występuje. Co do leczenia oświadcza się autor za stosowaniem tuberkuliny (TR) według przepisu prof. Hippla, którego był asystentem.

Obustronna częściowa tenotomia i badanie stanu heteroforyi w przebiegu operacyi przy użyciu figury greckiego krzyża. (Bilateral Partial Tenotomy, with a Greek Cross Test-Object for Use during Operation). Lewis Ziegler — Filadelfia.

Częściowa tenotomia w leczeniu utajonych zaburzeń równowagi mięśniowej zyskuje, zdaniem autora, coraz więcej zwolenników. Wskazanie do operacyi stanowią jednak tylko te przypadki heteroforyi, którym towarzyszą dolegliwe objawy podmiotowe *(asthenopia muscularis)* nie dające się usunąć zapomocą innych środków, jak szkła pryzmatyczne, lub wyrównanie wady refrakcyi. Tenotomia całkowita jest w tych razach zabiegiem zbyt silnie działającym, a przytem skutek jej nie da się tak ściśle dawkować jak wynik tenotomii częściowej. Autor daje historyczny pogląd na rozwój tej metody operacyjnej. Graefe (1861) przecinał poprzecznie środkową część ścięgna, pozostawiając po bokach wązkie paski nieprzecięte. Abadie (1880) robił w dwóch miejscach, na granicy ścięgna i mięśnia i w obrębie samego ścięgna, po dwa nacięcia boczne niestykające się ze sobą i pozostawiające w środku pasek nieprzecięty. Verhoeff (1893) do cięć Abadiego dodawał jeszcze pomiędzy tamtemi cięciami jeszcze przecięcie średnich włókien, uzyskując przez to znaczne wydłużenie ścięgna. Todd (1907) ograniczył się tylko do dwóch nacięć bocznych niedochodzących do środka ścięgna, robiąc jedno bliżej mięśnia, drugie bliżej przyczepu ścięgna. Ten rodzaj tenotomii częściowej dawał jednak często powód do następowego skręcenia gałki ocznej *(torsio, cyclophoria)*. Autor niniejszej pracy jeszcze w r. 1901 podał sposób tenotomii częściowej, polegający również na dwóch bocznych nacięciach ścięgna, jednak w tem samem miejscu naprzeciw siebie

dokonanych i nie dochodzących do środka, pozostawiających zatem w środku, stosownie do woli, węższy lub szerszy pasek nieprzecięty. Oprócz stopniowego powiększania tych cięć bocznych można skutek operacyi potęgować jeszcze przez odcinanie końcem ostrych nożyczek Cooperowskich pojedynczych włókienek powierzchownych z brzuśćca mięśniowego w miejscu, gdzie one przechodzą w ścięgna. Operacyę tę wykonywa Z. kontrolując co chwila zmieniający się stan heteroforyi zapomocą zmodyfikowanej nieco metody Graefego. Operuje chorego w pozycyi półsiedzącej i zaraz po wykonaniu pierwszych nacięć w ścięgnie wypłukuje krew, wyjmuje rozwórkę, a zakłada ramki próbne, wkładając szkło barwne przed jedno oko, a odpowiednio ustawiony pryzmat przed drugie oko. Jako znak do badania heteroforyi służy mu czarny krzyż grecki, równoramienny na tle matowej, transparentowo oświetlonej tafli szklanej. Krzyż taki służyć może zarówno do oznaczania zboczeń w kierunku pionowym jak i w kierunku poziomym. Zapomocą tenotomii częściowej można dawkować skutek obniżający stopień heteroforyi w granicach między $^1/_2{}^0$ a 8^0. Wiadomo, że skutek całkowitej tenotomii nie da się przewidzieć, a przeciętnie wynosi około 15^0. Widać z tego, że tenotomia częściowa wykonana dwustronnie z maksymalnym wynikiem około 8^0 dałaby korrekcyę 16^0, może zatem zastąpić jednostronną tenotomię całkowitą. Z drugiej zaś strony przy kilkakrotnie nieraz w ciągu operacyi wykonanej próbie z greckim krzyżem można zapomocą tenotomii częściowej wyrównać dokładnie znacznie niższy stopień heteroforyi. Skutek tenotomii całkowitej byłby w tych razach napewno za silny.

Wyciąg ciała rzęskowego w leczeniu zapalenia współczulnego z opisem dwóch przypadków. (The Extractum Corporis Ciliaris in the Treatment of Sympathetic Ophthalmia, with a Report of two Cases). Edward Heckel — Pittsburg.

Na wstępie przypomina autor, że t. zw. dzisiaj organoterapia nie jest wcale nowym sposobem leczenia i że właściwie stosowanie jej sięga najodleglejszych czasów. Na naukowe jednak tory została wprowadzona dopiero przez Brown Séquard'a i od tego czasu coraz bardziej się upowszechnia Nie wszędzie jednak jednakie święci tryumfy. W okulistyce Dor w roku 1898 zalecił wyciąg z ciała rzęskowego do wstrzykiwań podspojówkowych w przypadkach przewlekłych zapaleń jagodówki, a zwłaszcza do leczenia zapalenia współczulnego. Autor zastosował środek ten w dwóch przypadkach sympatycznego zapalenia. Wyciąg sporządzony był z wielką starannością ze świeżych oczu wołu, z których wśród kauteli aseptycznych wycinano rzęskową część jago-

dówki, wrzucano do fizyologicznego roztworu soli, rozcierano następnie ze szkłem sproszkowanem w moździerzyku i wstawiano na 24 godzin do oziębiacza. Po dokładnem odsączeniu szkła badano wyciąg co do jałowości. Wstrzykiwania podspojówkowe robiono co drugi dzień kolejno w czterech kwadrantach spojówki gałkowej. Niepodobna było nie stosować równocześnie innych środków leczniczych, a nawet tak w jednym, jak i w drugim wypadku wykonaną została irydektomia. Ostateczny wynik optyczny nie upoważnia do wydania korzystnego świadectwa co do skuteczności wstrzykiwań wyciągu rzęskowego. Autor odniósł wrażenie, że ten sam, bardzo zresztą mierny wynik leczniczy byłby został osiągnięty i bez tych wstrzykiwań. W jednym z przypadków nie wyjęto oka pierwotnie zranionego i okazało się na końcu, że właśnie to oko zapewniło choremu jaką taką zdolność widzenia, gdy drugie dotknięte zapaleniem współczulnem prawie zupełnie wzrok utraciło. Jest to zatem jedno z tych spostrzeżeń, z których wypływa nauka, że jeśli oko zranione wogóle jeszcze coś widzi, a drugie uległo już zapaleniu współczulnemu i wzrok utraciło, wtedy raczej należy wstrzymać się od enukleacyi.

Oszukańcze zachowanie się badanych pod względem wzroku. (Dobrowolne uszkodzenia oczu, symulacya, agrawacya, dyssymulacya). (Visual Malingering. Self-inflicted, Damage, Simulation, Dissimulation, and Agravation). Würdemann — Seattle.

Autor podaje z własnej praktyki niektóre ciekawsze spostrzeżenia symulacyi, agrawacyi i dyssymulacyi u osób ubezpieczonych od wypadków przy pracy, lub domagających się odszkodowania, albo renty od Towarzystw kolejowych i zarządów fabrycznych, wreszcie przypadki symulacyi i dyssymulacyi u popisowych i u kandydatów do służby kolejowej i okrętowej.

Przypadek żylaka, względnie żylnego naczyniaka w oczodole. (A Case of Varix or Angioma Venosum of the Orbit). J. F. Klinedinst — York Penna.

Przypadki guzów żylnych w oczodole należą do rzadkości. Pierwsze spostrzeżenie kliniczne, w którem prawdopodobnie o tego rodzaju zmianę chodziło, opisał Abernethy. Pierwszy niewątpliwy przypadek *haemangioma orbitae* podał Walton 1853 r. W roku 1880 Berlin zebrał 54 ogłoszonych spostrzeżeń, a w roku 1904 Lagrange 83, z których jednak nie wszystkie zupełnie wiarogodne. Autor opisuje przypadek odnoszący się do robotnika fabryki tapetów, lat 31, u którego pod skroniową połową dolnej

powieki prawego oka powstawał obrzęk, ilekroć na chwilę choćby pochylił głowę ku przodowi. Po odchyleniu powieki widać było wtedy sinawy guz pod spojówką, dołem zewnątrz z głębi oczodołu wychodzący, silnie napięty i elastyczny. Położenie gałki, ani jej ruchomość nie były zmienione. Dno oka i bystrość wzroku prawidłowe. Już w kilka sekund po podniesieniu głowy guz znikał bez śladu, a powieka wracała do prawidłowego stanu. Ani tętnienia, ani jakichkolwiek szmerów naczyniowych nie można było wykazać. Na operacyę radykalną, która miała polegać na wycięciu rozdętej żyły chory nie chciał się zgodzić. Próbowano zatem elektrolizy, najpierw stosując biegun ujemny, potem dodatni, ale tak jedno jak i drugie bez żadnego skutku. Wtedy przyszło autorowi na myśl wywołać zapomocą wstrzyknięcia jakiegoś drażniącego płynu zapalenie zlepne ścian żylaka i spowodować w ten sposób zaciągnięcie się i skurczenie tegoż. Wybrał do tego celu alkohol, który wstrzyknął w ilości kilku kropel zapomocą strzykawki o cienkiej igle, pomiędzy ścianę żylaka, a okostną oczodołu, unikając starannie nakłucia ściany żylnej. W następstwie tego wstrzyknięcia powstała wyraźna *periphlebitis* objawiająca się dość znacznym obrzękiem i bolesnością, ale już po kilku dniach objawy te ustąpiły, a guz wydatnie się zmniejszył. Zachęcony tem wykonał autor w krótkim czasie drugie, a wreszcie trzecie zastrzyknięcie alkoholu wywołując każdym razem silny obrzęk zapalny i doczekał się bardzo szczęśliwego wyniku, bo żylak znikł stopniowo zupełnie, tak że przy pochylaniu głowy nie występowało już żadne wydęcie. Badanie po upływie roku wykazało zupełnie prawidłowe stosunki oraz brak jakiegokolwiek uszkodzenia gałki ocznej lub upośledzenia wzroku, tak, że istotnie mówić można o doszczętnem i trwałem wyleczeniu. Autor uważa się za pierwszego, który takie leczenie żylnego guza oczodołu zastosował. Knapp zalecał wprawdzie wstrzykiwania do wnętrza żylaka rozczynów ałunu lub octanu ołowiowego, aby wywołać *endophlebitis adhaesiva*, ale przytem zachodzi niebezpieczeństwo, że nierozpuszczalne skrzepy mogą się dostać do zatoki jamistej. Wstrzykiwania alkoholu w otoczenie żylaka są o wiele bezpieczniejsze, a nawet gdyby się nakłuło ścianę i do krwi wprowadziło alkohol, to powstają skrzepy wiotkie, które uniesione prądem krwi szybko się rozdrabniają i rozpuszczają w osoczu. Wobec tego, że elektroliza zawodzi, a operacya krwawa, wymagająca częstokroć otwarcia oczodołu sposobem Krönleina, jest trudna w wykonaniu, nie wolna od niebezpieczeństw, a w dodatku w skutkach niepewna, zaleca autor usilnie do dalszych prób opisane przez siebie okołożylne wstrzykiwania alkoholu.

Związek między przednią okolicą etmoidalną a chorobami oczu. (The Relation of the Anterior Ethmoid Region to Diseases of the Eyes). Ivimey Dowling — Albany.

Istnienie pewnej zależności tak co do fizyologicznych jak i patologicznych stosunków między błoną śluzową jamy nosa a okiem przypuszczano już od dawna, ale dopiero w ostatnich czasach nagromadzono spostrzeżenia przemawiające za tem, że okolicą, która w pierwszym rzędzie oddziaływa drogą odruchową na oko, jest przedni odcinek średniej muszli nosowej. Świadczą o tem już stosunki anatomiczne, mianowicie liczne połączenia naczyń i blizki związek nerwów zaopatrujących z jednej strony oko, a z drugiej wymienioną wyżej okolicę jamy nosa. Autor przypomina nadto szereg prostych doświadczeń, wykazujących istnienie tego związku. Tak np. wiadomo powszechnie, że podrażnienie nerwów rzęskowych (zranienie, uszkodzenie oka, ciała obce, nagłe olśnienie) wywołuje równoczesne podrażnienie jamy nosa z uczuciem kręcenia w nosie i częstem kichaniem. Naodwrót podrażnienie błony śluzowej jamy nosa powoduje zazwyczaj przekrwienie spojówek, łzawienie i inne tym podobne objawy oczne. Autor przekonał się nadto, że stałe i uporczywe obrzmienie muszli nosowej średniej ustępuje niekiedy dopiero po wyrównaniu zapomocą odpowiednich szkieł istniejącej wady refrakcyi. Naodwrót także w pewnych przypadkach astenopii, nieusprawiedliwionej ani wadliwym stanem refrakcyi, ani zaburzeniami równowagi mięśniowej, dopiero wycięcie przedniego odcinka średnich muszli nosowych kładzie koniec dolegliwościom wzrokowym. Wreszcie wspomina autor o tem, że wcieranie maści ezerynowej w okolicę górnych zwojów szyjnych nerwu współczulnego, powoduje równocześnie zwężenie źrenic i sklęśnięcie obrzmiałej błony śluzowej na muszlach nosowych średnich. Na podstawie całego szeregu spostrzeżeń klinicznych dochodzi autor do wniosku, że w różnych chorobach i zaburzeniach ocznych bądźto takich, których etyologia jest zgoła niepewną, bądź takich, które opierają się zwyczajnym w okulistyce używanym sposobom leczenia, należy zwrócić uwagę na stan średniej muszli nosowej i w razie zgrubienia przerostu lub obrzęku błony śluzowej wykonać odpowiedni zabieg chirurgiczny. Tu zalicza on oprócz wspomnianych przypadków astenopii i uporczywych nieżytów spojówki ze światłowstrętem i łzawieniem, także niektóre postacie powrotnego zapalenia tęczówki, a nawet te przypadki jaskry, w których irydektomia i inne operacye oczne zawodzą, lub dają wynik niewystarczający.

Opis przypadku zakażenia po operacyi zaćmy, leczonego z pomyślnym wynikiem zapomocą wakcynacyi. (Report of Case of Infection Following Cataract Extraction Treated by Vaccines with Rapid Recovery). O'Connor — Fort Screven.

W przypadku szybko postępującej infekcyi po operacyi zaćmy zastosował autor wstrzykiwania wśródmiąższowe szczepionki, sporządzonej naprędce z hodowli bakteryi ropnych wziętych z wydzieliny tegoż samego zakażeniem dotkniętego oka. Szczepionka mogła być użyta dopiero na czwarty dzień po wybuchu zakażenia. Pierwsze podspojówkowe wstrzyknięcie pozostało bez wpływu na przebieg. Natomiast cztery następne wśródmięśniowe wstrzyknięcia robione w trzydniowych odstępach wywarły skutek pomyślny, bo rogówka ocalała, a przyszło tylko do zarośnięcia źrenicy przy utrzymanem poczuciu światła. Jest nadzieja, że zapomocą irydektomii lub irydotomii wzrok zostanie przywrócony. Autor kładzie nacisk na warunek, ażeby szczepionka sporządzana była z materyału zakaźnego wziętego z wydzieliny oka zakażonego. Bliższych szczegółów co do sposobu jej przyrządzania nie podaje.

Teleskopowe szkła do okularów. (Teleskope Eyeglasses). Kenneth Scott — Londyn.

Krótka wzmiaka o t. zw. teleskopowych okularach przeznaczonych dla użytku krótkowidzów, u których myopia przekracza $9,_0$ D. Okulary te, mające dawać myopom szersze pole wyraźnego widzenia, wynalezione w Niemczech, mają być bardzo ciężkie i przypominają szkła ochronne, jakich używają automobiliści. Autorowi udało się uprościć ich budowę i nadać im rozmiary, ciężar i wygląd zewnętrzny okularów zwyczajnych.

Revue Génerale d'Ophtalmologie. R. 1911. Nr 1, 2, 3, 5 i 6. (Ref. K. W. Majewski).

O leczeniu rzekomo błoniczych zapaleń spojówki. (Un mot sur le traitement des Ophthalmies à fausses membranes, appeleés sans raison conjonctivites diphtériques). Eloui Pasza (Kairo).

Pomimo braku prątków Loefflerowskich w przypadkach rzekomo błoniczych zapaleń spojówki, leczenie zapomocą surowicy przeciwbłoniczej jest uzasadnione, bo w przypadkach ciężkich,

zwłaszcza w takich, jakie się często zdarzają w Egipcie, daje ono dobre wyniki. Autor zmienił jednak sposób postępowania o tyle, że zamiast wstrzykiwać tę surowicę w większych ilościach w tkankę podskórną brzucha, wstrzykuje ją zapomocą strzykawki Prawaza w ilości 1 cm^3 wprost pod spojówkę chorego oka. Zastrzykiwania takie powtarza codziennie przez 3—4 dni z rzędu, a w uporczywszych przypadkach dodaje jeszcze 5-ą, a nawet 6-ą injekcyę. Sposób ten przedstawia, zdaniem jego, następujące zalety;

1. Chorzy chętniej się zgadzają na wstrzykiwania podspojówkowe niż podskórne.

2. Niebezpieczeństwo wystąpienia ogólnych objawów zatrucia jest bez porównania mniejsze.

3. Skuteczność działania jest szybsza, bo surowica dostaje się odrazu do ogniska zakażenia.

4. Zwłaszcza w przypadkach z powikłaniami rogówkowemi skutek zastrzykiwań podspojówkowych jest nietylko rychlejszy, ale i pewniejszy, niż zastrzykiwań podskórnych.

O nystagmografii u człowieka. (De la Nystagmographie chez l'homme). Buys.

Ze względu na wielkie znaczenie, jakie posiada *nystagmus* w symptomatologii chorób błędnika, bliższe poznanie tego objawu jest bardzo pożądanem, a w niektórych przypadkach, dla różniczkowego rozpoznania, wprost koniecznem. Dokładniejsza analiza ruchów drgających, tak szybkich i tak drobnych, jakie znamionują *nystagmus vestibularis*, zapomocą zwyczajnego, choćby najuważniejszego oglądania, zupełnie jest niemożliwa. Stąd wynikła potrzeba obmyślenia przyrządów graficznych, któreby w odpowiedni sposób znaczyły krzywą tych ruchów ocznych z najdrobniejszymi ich szczegółami. W ostatnich czasach doznały szerszego zastosowania dwa tego rodzaju przyrządy, jeden pomysłu Wojaczka, drugi Buysa.

Przyrząd Wojaczka składa się w zasadzie z małego zwierciadełka, które przykłada się do zamkniętej powieki. Zwierciadełko to odbija światło od lampy Nernsta, zamkniętej w metalowym walcu z pionową szczeliną. Linia świetlna odbita od zwierciadełka pada na obracający się walec, na którym przewija się wstęga czułego papieru fotograficznego. Walec ten jednak wraz z papierem zamknięty jest w skrzynce, posiadającej szczelinę poziomą. Ruchy gałki ocznej udzielają się zwierciadełku za pośrednictwem kauczukowej oprawy, a odbita przez nie pionowa linia świetlna naśladuje te ruchy i pada przez poziomą szczelinę skrzynki na przewijającą się wstęgę czułego papieru. W ten sposób uzyskuje

się fotograficzne zdjęcie oczopląsu i to zdjęcie, którego rozmiary mogą być dowolnie powiększone.

Przyrząd Buysa wspiera się na statywie dwuocznym i składa się z dwóch miseczek zamkniętych cienką błonką kauczukową. Miseczki te umieszczone na ruchomych metalowych ramionach przypiera się błonkami do zamkniętych powiek ocznych. Drgania gałek ocznych wciskając błonki w głąb miseczek wywołują ciągłe zmiany ciśnienia zawartego wewnątrz powietrza, a te przenoszą się zapomocą cienkich rurek kauczukowych na przyrząd piszący zbudowany na wzór kardyosfigmografu Jaqueta.

W pracy swej Buys analizuje wyniki doświadczalne uzyskane przyrządem swym w przypadkach drżenia gałek ocznych na tle schorzeń błędnika, jakoteż w stanie fizyologicznym przy t. zw. próbie dziesięciu obrotów (na wirującem krześle).

Ocena wzrokowej zdolności zarobkowej na podstawie granicznego kąta widzenia. (Estimation de la capacité oculaire professionelle d'aprés l'angle visuel-limite). W. Nicati.

Autor krytykuje rozpowszechniony obecnie sposób mierzenia bystrości wzroku, polegający na tem, że za jednostkę przyjmuje się przeciętną bystrość prawidłową, gdyż jest to jednostka duża, tak, że mając zazwyczaj do czynienia z przypadkami upośledzonego wzroku, musimy siłę tego wzroku wyrażać nie wielokrotnością tej jednostki, lecz jej ułamkiem. W szczególności potępia tablice do badania wzroku dziesiętnego typu, jaką jest tablica np Monoyer'a, ponieważ nasuwają one błędne przypuszczenie, jakoby bystrość wyrażona np ułamkiem 0·4 była dwa razy większą od bystości 0·2, a dwa razy mniejszą od 0·8. W rzeczywistości taka proporcyonalność wcale nie zachodzi. W zasadzie autor godzi się na formułę Snellena, wedle której graniczny kąt jednej minuty odpowiada prawidłowej bystrości, a kąt np. 2. 5, 8 minut bystrościom 2, 5, 8 razy mniejszym. Z tego sposobu określania bystrości wzrokowej wysnuwa on prostą regułę dla oceny zmniejszenia zdolności zarobkowej z powodu upośledzenia wzroku. Reguła ta opiewa: każdej minucie kątowej odpowiada $^1/_{10}$ całkowitej zdolności zarobkowej. Wartość wzrokowej zdolności do zarobkowania (VC — capacité visuelle professionnelle) określa się zatem następującym wzorem ogólnym: VC = 9 1 [11 — V].

Według tego wzoru, gdy bystrość wzrokowa odpowiada kątowi granicznemu 7', wtedy zdolność zarobkowa wynosi 0·4, zmniejszenie zatem, czyli utrata zdolności w porównaniu ze zdolnością pełną, przyjętą za jednostkę wynosi 0·6.

Keratokele anterius. Wydęcie ampułkowate rogówki w przypadku śluzoropotoku u noworodka. (Kératocèle antérieure. Ectasie kératique ampullaire dans l'ophtalmie des nouveau-nés). H. Truc (Montpellier).

W uniwersyteckiej klinice ocznej w Montpellier spostrzegał autor u noworodka w przebiegu śluzoropotoku spojówek na jednem oku pęcherzyk, który wytworzył się w miejscu nieznacznego nacieczenia głębokiego zajmującego środek rogówki. Pęcherzyk ten zrazu wielkości łebka od szpilki już nazajutrz urósł do rozmiarów małej jagody winnej. Pęcherzyk był przezroczysty. pozwalał w głębi dostrzedz ciemny otworek, prowadzący do przedniej komory. Podczas krzyku dziecka napinał się wyraźnie, wystając z pomiędzy powiek, we śnie jednak przykrywały go powieki. Pęcherzyk ten robił wrażenie bańki nadmuchanej przez małą dziurkę w rogówce. Ponieważ ropienie spojówkowe już prawie ustąpiło, ograniczono leczenie do zapuszczania pilokarpiny i przemywania przegotowaną wodą. Przez dni dziesięć pęcherzyk nie ulegał żadnej zmianie, potem nagle zaczął się zmniejszać, treść jego stała się mętna i w ciągu tygodnia zniknął bez śladu. Pozostała blizna paracentralna na rogówce z małym zrostem przedniej tęczówki. Zupełnie podobnego spostrzeżenia autor nie mógł znaleźć w literaturze, przytacza jednak przypadek analogiczny, ogłoszony przez Marqueza w przypadku półpaśca ocznego i opis pęcherzykowatego wydęcia rogówki w wielkim podręczniku chorób ocznych Desmarresa. Autor słusznie rozróżnia dwie postacie takiego bańkowatego wydęcia. *Keratokele posterius et anterius.* Pierwsze zdarza się często i powstaje na dnie wrzodów rogówkowych bliskich pęknięcia, kiedy jeszcze błona Descemeta opiera się rozpadowi i pod wpływem parcia wśródocznego mniej lub więcej się wydyma. Stąd też niektórzy nazywają tę zmianę *Descemetokele. Keratokete anterius* jest następstwem sprawy rozpadowej niszczącej rogówkę od wewnątrz, od przedniej komory *(ulcus posterius).* Jeśli rozkład dosięgnie już błony Bowmana i na niej się zatrzyma, wtedy przybłonek, który ocalał stanowiąc zbyt słaby opór dla ciśnienia wśródocznego wydyma się w bańkę wypełnioną przez ciecz wodną. Za takie *keratokele anterius* uważa autor zmianę spostrzeganą w opisanym przez siebie przypadku. W przypadku powierzchownego zapalenia worka spojówkowego należało się raczej spodziewać powierzchownego owrzodzenia rogówki. Tymczasem nacieczenie, które dało początek następowemu pęcherzykowi, powstało w tylnych najgłębszych warstwach rogówki. Ponieważ powstanie tego nacieku przypadło na okres, w którym dziecko karmione piersią, mimo swej choroby ocznej rozwijające się dotąd dobrze i zyskujące prawidłowo na

wadze, zaczęło wskutek zaburzeń w trawieniu szybko podupadać i nędznieć, — przeto autor sądzi, że rozpad głęboki rogówki należy tu uważać za objaw ograniczonej keratomalacyi niezależnej od sprawy zapalnej toczącej się na spojówkach.

Nowojodyna jako lek okulistyczny. (La Novoïodine comme remède ophtalmique). Wicherkiewicz (Kraków).

Już w styczniu b. r. w zeszycie trzecim Przeglądu lekarskiego ogłosił autor w krótkiem doniesieniu tymczasowem spostrzeżenia swe odnoszące się do wybitnej skuteczności nowojodyny w leczeniu zakaźnych spraw oka, w szczególności rogówki. Obecnie w znacznie obszerniejszej pracy wykazuje szczegółowo własności tego nowego środka przeciwgnilnego, sposób, w jaki go stosuje w leczeniu chorób ocznych i ustalone dotychczas przez siebie wskazania do jego użycia. Nowojodyna jest organicznem połączeniem jodu i formaldehydu i przedstawia się jako proszek barwy jasnobrunatnej, bezwonny, bezpostaciowy i nierozpuszczalny w żadnym ze zwykłych rozczynników. W handlu nosi nazwę nowojodyny mieszanina wyżej opisanego ciała w równych ilościach z łojkiem *(talcum venetum)*. W zetknięciu z ropą, z wysiękami zapalnymi, z wydzieliną surowiczą ran rozpada się nowojodyna na swe dwie główne części składowe t. j. na jod i formaldehyd działając przez to bakteryobójczo i przeciwgnilnie. Ponieważ nowojodyna w tym stanie, w jakim z fabryki przychodzi, zbyt silnie oko zadrażnia, przeto używa jej autor zmieszanej ze sproszkowanym cukrem w stosunku 1:10. W przypadkach wrzodów rogówkowych zwłaszcza takich, których badanie bakteryologiczne wykazało obecność gronkowców, łańcuszkowców, albo pneumokoków, działanie nowojodyny jest szczególnie korzystnem. Po starannem opłukaniu i oczyszczeniu worka spojówkowego i po zapuszczeniu atropiny lub pilokarpiny, stosownie do wskazania, macza autor pręcik szklany, którego koniec posmarowany jest maścią borową, kseroformową, lub czystą wazeliną żółtą, we wspomnianym proszku (*novojodini* $1_{,0}$, *sacchari albi pulverisati* $10_{,0}$) następnie pałeczkę oblepioną proszkiem wprowadza pod dolną powiekę, gdzie nowojodyna po zamknięciu oka, a wyjęciu pałeczki zostaje, wchodząc w bezpośrednie zetknięcie z powierzchnią owrzodzeń. Do czasu ogłoszenia tej pracy leczonych już było 25 przypadków pełzających wrzodów rogówki zapomocą w ten sposób stosowanej nowojodyny, a wyniki były tak pomyślne jak przy żadnym z dotychczasowych sposobów leczenia, nawet przy stosowaniu pyoktaniny z dioniną, która to metoda przed laty przez autora podana do tej pory ze wszystkich innych najlepsze w przypadkach wrzodów zakaźnych rogówki od-

dawała usługi. Prawie równie korzystne wyniki dawała nowojodyna w przypadkach wrzodów rogówkowych na tle zakażenia dwoinkami Neisserowskiemi. Dalej przytacza autor przypadek rozwijającego się głębokiego zakażenia ropnego gałki po operacyi zaćmy z licznymi streptokokami w wydzielinie. Postępów sprawy ropnej nie powstrzymało ani wypłukanie przedniej komory rozczynem pyoktaniny, ani zastosowanie surowicy przeciwstreptokokowej, a dopiero nowojodyna właściwie użyta położyła kres ropieniu i uchroniła gałkę oczną od zniszczenia. Również w przypadkach uporczywego ropienia spojówek u osób przeznaczonych do operacyi zaćmy zastosowanie nowojodyny przed operacyą usuwało wydzielinę i zapobiegało bardzo w innych warunkach prawdopodobnemu zakażeniu rany. Również korzystne wyniki uzyskiwał autor w leczeniu śluzoropotoku woreczka łzowego przez wstrzykiwanie bądźto glicerynowej, bądźto innej emulsyi nowojodyny. Podobne skutki obiecuje sobie autor w leczeniu otoków ropnych jam ocznych, czy to zawiesiną nowojodyny, czy wprowadzaniem gazy nowojodynowej.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sprawozdanie z obrad Polskiego Towarzystwa Okulistycznego za rok 1909.

(ob. Postęp okulistyczny r. 1908).

Podał

Dr med. ANTONI PARADOWSKI.

(Dokończenie).

VI. Posiedzenie dnia 28-go października 1909 r.

Obecnych 23-ch członków.

Stan. Kopczyński przedstawił przypadek *ophthalmoplegiae chronicae progressivae paene completae (externae et internae).* Chory lat 64, kawaler, kowal, już w 20-m r. życia zauważył opadanie powiek. W 22-m r. życia przechodził ospę naturalną. W 40-m r. odcięto mu połowę członka z powodu jakiejś dużej

narośli. Po 40-m roku zauważył, że, chcąc spojrzeć w bok lub do góry, musi jednocześnie obracać głowę. W 60-m roku życia — przejściowe porażenie prawego nerwu promieniowego. W 61-m r. wstąpił do szpitala św. Ducha w Warszawie z powodu cierpienia gruczołu krokowego. W 62-m r. życia stopniowy zanik mięśni kiści, utrudniony chód. W ostatnich czasach znaczna poprawa pod tym względem. *Lues negatur.*

Przedmiotowo stwierdzić można po za objawami nieznacznego stwardnienia tętnic, pewnej rozedmy płuc, następujące zmiany w układzie nerwowym: chód nieco ociężały, siła ruchowa osłabiona, zwłaszcza w rozginaczach przedramienia, wybitne osłabienie i zanik wszystkich mięśni kiści, najwięcej międzykostnych. W stopach zanik i osłabienie czynności zginaczy i rozginaczy stopy. W porażonych mięśniach odczyn zwyrodnienia. Odruchy ścięgniste wszystkie ledwo dostrzegalne, odruchów stopowych brak, obustronny objaw Babińskiego. Ze strony nerwów czaszkowych zachodzą zaburzenia tylko w nerwach, poruszających gałki oczne — III, IV i VI para — mianowicie: opadnięcie obu powiek, — chory usiłuje je podnieść, unosząc brwi; w prawem oku widać ledwo połowę źrenicy, w lewem zaś dolny odcinek rogówki. Gałki oczne są zupełnie nieruchome. Ledwo dostrzegalnych ruchów ku wewnątrz można nie brać pod uwagę. Źrenice nie oddziaływują na światło, natomiast na akomodacyę — prawa bardzo leniwie, lewa — pozostaje nieruchoma. Źrenice są umiarkowanie szerokie, prawa nieco szersza. Chory czyta zapomocą szkieł + 3 0 D. Akomodacya w pewnym stopniu zachowana. Psychika prawidłowa. K. uznaje ten przypadek za *ophthalmoplegia chronica progressiva* i zaznacza nadzwyczajną rzadkość cierpienia, jak to wynika ze statystyk Graefego, Wilbrandta i Saengera; podkreśla, jako osobliwość, powikłanie przez zanik mięśni typu rdzeniowego o charakterze *poliomyelitis anterior chronica.* Mówca kładzie nacisk, że to cierpienie oczne *ophthalmoplegia chr. progr.* niewątpliwie polega na postępującym zaniku jąder nerwów III, IV i VI p., te jądra są to twory analogiczne do jąder w komórkach rogów przednich rdzenia. Mówca zaznacza też stosunek tego cierpienia do *paralysis bulbaris*, do *sclerosis lateralis amyotrophica*, do ostrego zapalenia krwotocznego szarej istoty w okolicy wodociągu Sylwiusza (t. zw. *polioencephalitis acuta haemorrhagica* Wernickego). Wspomina o wrodzonych i dziedzicznych porażeniach jąder nerwów okoruchowych, o nabytych w dzieciństwie wskutek *encephalitis frontis*, zaznacza, iż *ophthalmoplegia* stanowić może część obrazu klinicznego bardzo wielu innych chorób układu nerwowego (kiła mózgu, wiąd rdzenia, bezład postępujący, wodogłowie wewnętrzne, wielo-

ogniskowe stwardnienie i t. p.). Etyologię cierpienia w przypadku pokazanym upatruje on w pewnem nieznanem nam. wrodzonem, przedwczesnem wyczerpaniu się żywotności wspomnianych jąder. Przymiot mózgu lub wiąd rdzenia należy tu dla braku wszelkich danych bezwzględnie wykluczyć.

W dyskusyi: Endelman zaznacza, że, o ile teorya postawiona przez mówcę w celu wyjaśnienia etyologii tego przypadku, może wytłumaczyć zanik mięśni dłoni u chorego wobec jego zajęcia (kowalstwo), niezbyt się nadaje do zrozumienia istoty *ophthalmoplegiae chr. progr.*, która zajmuje miejsce naczelne w obrazie chorobowym.

Winawer ma wątpliwości, czy porażenie mięśni ocznych nie zaczęło występować u chorego już w wieku dziecięcym, coby świadczyło, że ten przypadek należy do grupy t. zw. *infantiler Kernschwund.*

Kopczyński w odpowiedzi Endelmanowi twierdzi, że przedwczesne wyczerpywanie się żywotności (stopniowe zwyrodnienie) tych lub innych grup jądrowych lub pęczków w układzie nerwowym jest nam dobrze znane. Jakie tu przyczyny odgrywają rolę (czy niedorozwój, czy nadmierna czynność, czy działanie nieznanych nam jadów)? trudno orzec. W odpowiedzi Winawerowi zaznacza, że nie można utożsamiać cierpienia, o którem mówił, aczkolwiek rozpoczęło się w wieku młodocianym z t. zw. *infatiler Kernschwund*, którego etyologia jest inna, o czem już wspominał, dotyczy też pewnych grup komórkowych i zatrzymuje się na pewnem stopniu rozwoju, a w przypadku pokazanym postępuje nieubłaganie naprzód.

Endelman przedstawia dwóch braci, dotkniętych *Conjunctivitis vernalis* i świeży przypadek *Herpes corneae febrilis.*

Kępiński: Spostrzeżenia co do operacyjnego leczenia krótkowzroczności. K. jest zwolennikiem tego sposobu leczenia.

W dyskusyi: Cetnarowicz zaznacza, że operacya nie obroni oka od zgubnych skutków wysokiej krótkowzroczności, jak to mylnie początkowo przypuszczano. Sam zabieg operacyjny jest bezwarunkowo połączony z niebezpieczeństwem, czego nie należy taić przed chorym. Utratę akomodacyi również trzeba brać pod uwagę i zaliczyć do ujemnych stron operacyi.

Mutermilch jest stanowczym przeciwnikiem operacyjnego leczenia krótkowzroczności. Sądzi, że nawet bardzo wysokie stopnie krótkowzroczności nie stają na przeszkodzie pracy w większości zawodów. Sam zabieg operacyjny, pominąwszy możliwość zakażenia, jest ciężki, o czem już mogą świadczyć przypadki operacyi zaćmy u krótkowidzów. Jest najmocniej przekonany, że ope-

racya przyśpiesza odklejenie siatkówki. Sam operował raz jeden i z zupełnie złym skutkiem.

Ziemiński rozporządza dość licznym, bo wynoszącym przeszło 20 przypadków, własnym materyałem operacyjnym krótkowzroczności. Większa część chorych rekrutowała się ze służby domowej, która ze względów łatwo zrozumiałych zwykle unika noszenia szkieł. Jeden z przypadków pochodzi z r. 1892, dotyczył służącej z M. 22 D. Bystrość wzroku po operacyi = $^1/_2$. Po kilku latach operował drugie oko z wynikiem równie pomyślnym. Chorą widział po 12-u latach, pomyślny wynik operacyjny pozostał bez zmiany. Jeszcze dawniej, bo już w r. 1890 operował 11-letniego chłopca z M. 18 D. Obecnie jest on inżynierem, dużo pracuje w swym zawodzie. W żadnym z operowanych przypadków nie było zakażenia, w 3-ch przypadkach po operacyi nastąpiły napady jaskry, które atoli ustępowały po wypuszczeniu pęczniejących mas korowych. Nie widział ani razu odklejenia siatkówki po operacyi krótkowzroczności. Mimo te tak ponętne wyniki, jest zdania, że należy nader oględnie stawiać wskazania dla tej operacyi, biorąc pod uwagę wiek, zawód i stan oczu chorego, gdyż w tych przypadkach operacya niewątpliwie jest połączona z poważnem niebezpieczeństwem dla oka.

VII. Posiedzenie dnia 18 go listopada 1909 r.

Obecnych 20-stu członków.

Gepner (syn) pokazuje przypadek *Keratitis parenchymatosa*, w którym widać tę zmianę postaci rogówki, którą po raz pierwszy Fuchs opisał i uznał za cechę znamienną wrodzonego przymiotu przy miąższowem zapaleniu rogówki (tak jak »zęby Hutchinsona«). (Wiadomo, że rogówka, widziana z boku i od tyłu, jest prawidłowo okrągła, a rozpatrywana z przodu wydaje się nieco poziomo eliptycznie spłaszczoną, ponieważ nieprzezroczysty jej rąbek jest szerszy u góry i u dołu, niż po bokach). Otóż Fuchs zauważył, że w niektórych przypadkach *keratitis parenchymatosa* rogówka bywa wyraźnie pionowo eliptyczna; zwracając na ten objaw uwagę baczną, spostrzegał go w ciągu roku 28 razy. W 14 przypadkach istniało miąższowe zapalenie rogówki, w 5-u — przewlekła *iritis*, w jednym — wrodzona zaćma jednostronna, w 2-ch — plamy rogówki po *keratitis perenchymatosa*. Pozostałe 6 dotyczyły osób w wieku podeszłym, dotkniętych zaćmą starczą. Z ogólnej liczby — 20 przypadków dotyczyło osób płci żeńskiej, w 6-ciu zmiana postaci rogówki istniała tylko jednostronnie, 5 razy w oku lewem, raz w oku prawem. Wyłączywszy 6 przypadków zaćmy

z powodu trudności stwierdzenia przymiotu dziedzicznego w wieku późniejszym, z pozostałych 22-ch przymiot dziedziczny był niewątpliwie w 8-iu, podejrzenie kiły również w 8 iu; w 6-ciu nie zdołano wykazać objawów przymiotu. Opierając się na powyższych danych, Fuchs wnosi, że rogówka pionowo-eliptyczna zdarza się znacznie częściej u osób, dotkniętych przymiotem dziedzicznym, niż u osób wolnych od tej skazy, można ją więc uważać za jeden z objawów, zresztą niestałych (jak i inne) przymiotu dziedzicznego.

Gepner (syn) pokazuje chorego, któremu przez cięcie w twardówce usunięto odłamek żelaza z okolicy tylnego bieguna gałki. Bystrość wzroku dobra, wziernik wykazuje zmiany zanikowe siatkówki w miejscu, gdzie tkwiło ciało obce.

Ziemiński pokazuje: 1) chorą, dotkniętą przewlekłą postacią *kerato-iritis* pochodzenia gruźliczego i 2) chorą ze zwichniętą soczewką zaćmioną w oku ociemniałem z powodu jaskry.

Ziemiński: »Krwotok wypierający po operacyi ocznej« (ob. dział prac oryginalnych w Postępie okulist. r. 1911, Z. 5).

W dyskusyi: Gepner (syn) powołuje się na przypadek, o którym mówił na jednem z posiedzeń dawniejszych Towarzystwa: obfity krwotok z naczyniówki po operacyi zaćmy. Drugi przypadek — ale już wypierającego krwotoku — miał przed 15 laty po operacyi Critchetta.

Zajdeman jest zdania, że przypadek Z-go, jako dotyczący dziecka nie należy stawiać w jednym rzędzie z krwotokami u osób dorosłych, zwłaszcza u osób wiekowych, u których źródła krwotoku należy szukać w niewątpliwie zmienionych naczyniach naczyniówki. W przypadku Z-go. zdaniem mówcy, najprawdopodobniej wchodziły w grę czynniki natury urazowej, czy to podczas operacyi, czy to w okresie pooperacyjnym.

Mutermilch na przeszło 2000 operacyi wydobycia zaćmy w Szpitalu Żydowskim w Warszawie widział trzy przypadki krwotoku wypierającego. Mniema, że krwotok nie zależy od zmian w naczyniach, albowiem przytrafiałby się znacznie częściej. Wina najczęściej spada na operującego, który niedostatecznie liczy się z zaćmami na oczach patologicznych, jak ze znaczną krótkowzrocznością, ze zwichniętą soczewką i t. p., przy których to sprawach najłatwiej o krwotok pooperacyjny. Co do przypadku Z., mówca zapytuje, czy nie dostrzeżono u dziecka oznak krwawiączki. Jest to przypadek może jedyny w literaturze, gdyż dotyczy dziecka tak młodego.

Ziemiński: Objawów krwawiączki u dziecka nie stwierdzono.

VIII. Posiedzenie dnia 16-go grudnia 1909 r.

Obecnych 16-stu członków.

Mutermilch odczytał pracę pod tytułem: »Istota i etyologia jaglicy«, która da się streścić w wywodach następujących:

1) Jaglica nie może być rozpatrywana, jako sprawa chorobowa, stojąca po za patologią ogólną i nie powtarzająca się w ustroju na innych tkankach.

2) Jaglica należy do rzędu typowych, często w ustroju napotykanych, przewlekłych zapaleń błon śluzowych o budowie adenoidalnej.

3) Istota jaglicy polega na celowem dążeniu tkanek, wchodzących w skład budowy spojówki (nabłonka i tkanki adenoidalnej) do odzyskania utraconej równowagi w formie odmiennej pod względem anatomicznym. Nabłonek wałeczkowaty przechodzi w nabłonek wielowarstwowy, luźna tkanka adenoidalna zamienia się w zbitą, nie soczystą.

4) Follikuł i pannus należą do powikłań jaglicy, nie mających żadnego wpływu na etyologię, przebieg i rozwiązanie sprawy zapalnej.

5) W etyologii jaglicy rozstrzygające znaczenie mają rożnego rodzaju drobnoustroje, wywołujące zwykle zapalenie ostre. Specyficznego pasożyta jaglica nie posiada i posiadać nie może. Dyspozycya, klimat, rasa i wiek chorych należeć mogą najwyżej do przyczyn drugorzędnych, w etyologii jaglicy znaczenia nie mających.

6) Od chorego. dotkniętego jaglicą. otoczenie nabyć może tylko ostrą formę zapalną, która, zależnie od warunków hygienicznych, kończy się albo szybko i pomyślnie, albo przechodzi w formę przewlekłą.

7) Jaglicę zwalczyć mogą tylko oświata i dobrobyt. *(Autoreferat).*

W dyskusyi: Ziemiński zwraca uwagę, że obecnie — z małymi wyjątkami — nikt z oftalmologów nie uważa follikułu za objaw patognomoniczny dla jaglicy, gdyż grudka jaglicza może istnieć i przy innych cierpieniach spojówki. Nie sądzi, aby zgodnie z mniemaniem kol. Mutermilcha obraz kliniczny jaglicy mógł być wynikiem śluzoropotoku spojówki.

Kępiński jest zdania, że przy omawianiu etyologii jaglicy prelegent powinien był uwzględnić t. zw. geografię jaglicy, która świadczy, że ciężkie to cierpienie panuje endemicznie w nizinach, w miejscowościach, obfitujących w bagna i moczary. Liczne spostrzeżenia niezawodnie przekonały K., że prócz najczęstszej postaci jaglicy przewlekłej, istnieje i ostra, t. zw. ostre granulacye. Nie

zgadza się pod żadnym pozorem, by jakiekolwiek zapalenie spojówki mogło przejść w jaglicę, gdyż żadne zapalenie, również i śluzoropotok, nie dotyczy głębokich tkanek spojówki, jak to stale bywa przy jaglicy. Zresztą, codzienne spostrzeżenie uczy nas, że jest to u nas choroba nader rozpowszechniona, natomiast przypadki ropotoku dorosłych spotykają się tylko sporadycznie. Zdaniem Kępińskiego, łuszczkę jagliczą wywołuje ucisk napęczniałej spojówki na rogówkę, znajdującą się w złych warunkach odżywiania.

Kamocki twierdzi, że główny wniosek, jaki wypływa z referatu Mutermilcha stanowi zakwestyonowanie specyficzności jaglicy. Na to K. bynajmniej nie może się zgodzić, aczkolwiek przyznaje, że istnieją postacie jaglicy, powikłane przez ostre sprawy zapalne spojówki, a wywołane przez znane już lub jeszcze niewykryte drobnoustroje. Po przejściu takiego zapalenia obraz jaglicy występuje w całej pełni, lecz to nie znaczy, że jaglica powstała z tych ostrych zapaleń. Blizny, które się tworzą w spojówce po ropotoku, znacznie się różnią od blizn po jaglicy. K. spostrzegał acz zrzadka niewątpliwe przypadki ostrej jaglicy. Nie może się zgodzić z referentem, że nieleczone lub źle leczone zapalenia spojówki mogą przejść w jaglicę, gdyż znane są przypadki ciężkich postaci jaglicy u lekarzy, a nawet u oftalmologów.

Z. Kramsztyk przypuszcza, że sprawa swoistości jaglicy da się rozstrzygnąć jedynie przez ścisłą odpowiedź na pytanie, czy obraz zbliznowaciałej spojówki ma swój stały pierwowzór. W tym celu proponuje, aby szereg chorych z cierpieniami spojówki był co pewien czas poddawany wspólnemu badaniu, aby określić przy jakich cierpieniach błony śluzowej oka i w jakich warunkach może powstawać obraz niewątpliwie rozwiniętej jaglicy. Osobiście zgadza się z plelegentem, że jaglica nie jest chorobą swoistą, lecz wynikiem różnorakich przewlekłych cierpień spojówki.

Dawidsohn zaledwie przed kilku dniami spostrzegał w swym oddziale szpitalnym wybuch ostrej jaglicy u chłopca w parę dni po wyłuszczeniu gałki; przedtem nie było najmniejszych śladów sprawy jagliczej.